



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2014

«Smarter Medicine» – für mehr Effizienz in der Allgemeinmedizin

Selby, K ; Cornuz, J ; Neuner-Jehle, S ; Perrier, A ; Zeller, A ; Meier, C ; Rodondi, N ; Gaspoz, J-M

Abstract: Einleitung Weltweit befassen sich zahlreiche Projekte unter dem Stichwort «too much medicine» [1] mit der Überdiagnostik und Überversorgung [2] in der Medizin. In ihrer «Roadmap für ein nachhaltiges Gesundheitssystem » in der Schweiz ruft die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Anbieter von Gesundheitsleistungen dazu auf, sich verstärkt für eine effizientere Versorgung einzusetzen [3]. Gleichzeitig gehen Experten davon aus, dass sich die Gesundheitsausgaben in der Schweiz bei höherer Effizienz um 20% senken liessen [4]. 2012 hat die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM) beschlossen, eine Liste mit fünf Verfahren auf dem Gebiet der ambulanten allgemeinen inneren Medizin zusammenzustellen, die bei vielen Patienten ohne oder mit nur geringem Nutzen durchgeführt werden, gleichzeitig jedoch Nebenwirkungen haben (allem voran durch ungerechtfertigte Zusatzuntersuchungen oder Eingriffe) und zum Anstieg der Gesundheitsausgaben beitragen.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-96693>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Selby, K; Cornuz, J; Neuner-Jehle, S; Perrier, A; Zeller, A; Meier, C; Rodondi, N; Gaspoz, J-M (2014). «Smarter Medicine» – für mehr Effizienz in der Allgemeinmedizin. *PrimaryCare*, 14(10):166-167.

Kevin Selby¹, Jacques Cornuz¹, Stefan Neuner-Jehle², Arnaud Perrier³, Andreas Zeller⁴, Christoph Meier⁵, Nicolas Rodondi⁶, Jean-Michel Gaspoz⁷

«Smarter Medicine» – für mehr Effizienz in der Allgemeinmedizin

Einleitung

Weltweit befassen sich zahlreiche Projekte unter dem Stichwort «too much medicine» [1] mit der Überdiagnostik und Überversorgung [2] in der Medizin. In ihrer «Roadmap für ein nachhaltiges Gesundheitssystem» in der Schweiz ruft die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Anbieter von Gesundheitsleistungen dazu auf, sich verstärkt für eine effizientere Versorgung einzusetzen [3]. Gleichzeitig gehen Experten davon aus, dass sich die Gesundheitsausgaben in der Schweiz bei höherer Effizienz um 20% senken liessen [4].

2012 hat die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM) beschlossen, eine Liste mit fünf Verfahren auf dem Gebiet der ambulanten allgemeinen inneren Medizin zusammenzustellen, die bei vielen Patienten ohne oder mit nur geringem Nutzen durchgeführt werden, gleichzeitig jedoch Nebenwirkungen haben (allein voran durch ungerechtfertigte Zusatzuntersuchungen oder Eingriffe) und zum Anstieg der Gesundheitsausgaben beitragen.

Vorgehen und Ergebnisse

Eine genauere Beschreibung der angewandten Methodik soll demnächst veröffentlicht werden. Laut einer Auswertung der relevanten Literatur gibt es drei internationale Projekte, darunter die «Choosing Wisely initiative» in den USA, die Verfahren aufführen, die es im Interesse einer höheren Effizienz und einer besseren Qualität der Versorgung zu vermeiden gilt [5–7]. Auf dieser Basis wurde eine Vorauswahl von 38 Verfahren auf dem Gebiet der ambulanten allgemeinen inneren Medizin zusammengestellt. 35 Experten – Ärzte aus dem Bereich der allgemeinen inneren Medizin und Hausärzte – nahmen an einer elektronischen Befragung nach Delphi teil (Abbildung 1), in der sie die internationalen Empfehlungen nach ihrer Priorität ordneten und um zwölf neue Empfehlungen ergänzten. Die am höchsten eingestuften Verfahren wurden erneut geprüft und nach der Häufigkeit ihrer Anwendung in der Schweiz geordnet. Anschliessend wurden die zehn höchstplatzierten Verfahren in einer Liste zusammengefasst. Ausgehend von den Empfehlungen der Experten wählte das «Top 5»-Komitee fünf Verfahren aus, die nun als erste offizielle Liste vorgelegt wurden (Abbildung 2).

Erörterung und Schlussfolgerung

Die fünf genannten Verfahren sind gängig. Ihr Einsatz lässt sich jedoch erheblich verbessern. Einige Beispiele: 10% der Schweizer Bevölkerung ≥15 Jahren leiden nach eigener Aussage unter schweren Rückenschmerzen [8]. Laut einer aktuellen Studie kam es zwischen 2000 und 2010 [9] zu einer vermehrten Anwendung neuer bildgebender Verfahren (CT und MRT), ohne gleichzeitigen Rückgang der konventionellen radiologischen Verfahren. Die Anwendung eines bildgebenden Verfahrens innerhalb der ersten sechs

Wochen bei unspezifischen Rückenschmerzen führt zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben, ohne die Schmerzen zu lindern oder das Risiko für eine Behinderung zu senken [10]. Vor allem mit der Verordnung einer MRT steigt das Risiko für einen chirurgischen Eingriff, ohne dass deshalb der Grad oder die Dauer der Schmerzen oder der Behinderung zurückgingen [11]. Ebenso nimmt die Verordnungshäufigkeit von Protonenpumpenhemmern derzeit deutlich zu. Im Kanton Genf zum Beispiel hat der Konsum von PPI von Anfang 2000 bis Ende 2008 um fast 500% zugelegt [12]! PPI reduzieren wirksam rezidivierende Refluxsymptome und dienen der

¹ Policlinique médicale universitaire, Lausanne

² Institut für Hausarztmedizin, Zürich

³ Service de médecine interne générale, Hôpitaux universitaires de Genève

⁴ Institut für Hausarztmedizin, Basel

⁵ Triemlispital, Zürich

⁶ Inselspital Bern

⁷ Service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève.

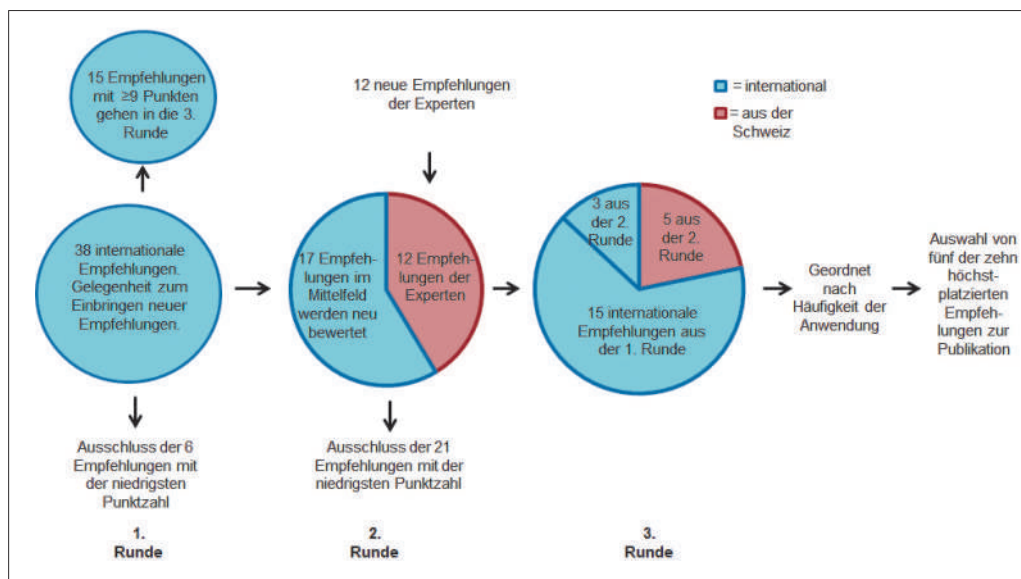


Abbildung 1

Der Delphi-Prozess im Überblick.

Behandlung akuter Magendarmgeschwüre. Grundlage für ihre Verordnung sollte ein pathologischer Endoskopiebefund sein. Neben diesen formalen Indikationen haben sie keinerlei präventiven Nutzen [13]. Die Notwendigkeit einer Langzeitbehandlung muss daher sorgfältig geprüft werden. Bei häufigen Beschwerden ist gegebenenfalls die niedrigste effektive Dosis zu verordnen. Auch eine intermittierende Gabe oder die Verordnung eines anderen Medikaments sollte erwogen werden.

Diese erste Auflistung von Untersuchungen und Verordnungen, die es zu vermeiden gilt, ist Teil eines ehrgeizigen Projekts der SGIM namens Smarter Medicine, dessen Ziel es ist, die Qualität der Versorgung zu verbessern und dabei die Entscheidungsautonomie von Ärzten und Patienten zu wahren. Dabei können die klinischen Umstände, der individuelle Kontext des Patienten und das jeweilige Arzt-Patient-Verhältnis durchaus Anlass zu anderen Entscheidungen geben. Weitere Informationen finden Sie im Internet

unter www.smartermedicine.ch. Die Kampagne dürfte zur Reflexion über die Überdiagnostik und Überversorgung in der Medizin beitragen und das Konzept einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient unterstützen. Im nächsten Jahr soll eine Liste mit den fünf wichtigsten Verfahren auf dem Gebiet der stationären allgemeinen inneren Medizin veröffentlicht werden.

smartermedicine Top-5-Liste

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin empfiehlt, folgende fünf Interventionen in der ambulanten Medizin zu vermeiden:

- 1 Durchführen einer bildgebenden Diagnostik in den ersten sechs Wochen bei Patienten mit unspezifischen Lumbalgien**
 «Unspezifischer Schmerz» schliesst Alarmzeichen («red flags») wie schwere/progrediente neurologische Defizite oder den Verdacht auf eine maligne/infektiöse Erkrankung aus. Eine bildgebende Diagnostik bei unspezifischem Schmerz während der ersten sechs Wochen verbessert das Outcome nicht, erhöht aber die Strahlenexposition und Kosten.
Quellen: Agency for Health Care Research and Policy, National Institute for Health and Care Excellence
Evidenzlevel: Metaanalyse randomisiert-kontrollierter Studien
- 2 Messung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) zwecks Prostatakrebs-Screening ohne eine Diskussion von Risiko und Nutzen**
 Der Nutzen eines PSA-Screening ist unklar. Die Probanden sollten das Risiko von Überdiagnostik und Überbehandlung verstehen, bevor sie sich einem Test unterziehen. Das Screening bei über 75-Jährigen sollte nicht angeboten werden.
Quellen: American College of Physicians, National Health Service, Swiss Society of Urology
Evidenzlevel: zwei grosse, randomisiert-kontrollierte Studien
- 3 Verschreiben von Antibiotika gegen unkomplizierte Infekte der oberen Luftwege**
 Der Grossteil unkomplizierter Infekte der oberen Luftwege ist viraler Natur, wogegen Antibiotika wirkungslos sind.
Quellen: Centers for Disease Control, American Academy of Family Physicians, National Institute for Health and Clinical Excellence
Evidenzlevel: multiple randomisiert-kontrollierte Studien
- 4 Durchführen eines präoperativen Thorax-Röntgenbildes, ausser bei Verdacht auf eine intrathorakale Pathologie**
 Das Röntgenbild verspricht keine relevante Änderung des Managements oder eine Verbesserung des Outcomes beim asymptomatischen Patienten.
Quellen: American College of Radiology, Royal College of Radiologists
Evidenzlevel: Multiple grosse, retrospektive Kohortenstudien
- 5 Weiterführen einer Langzeit-Pharmakotherapie bei gastrointestinalen Symptomen mit Protonen-Pumpenblockern ohne Reduktion auf die tiefste wirksame Dosis**
 Risiken und Nutzen einer Behandlung sollten regelmässig mit Patienten diskutiert werden, weil Nebenwirkungen den Nutzen überwiegen können. Gilt auch für Histamin-2-Rezeptor-Antagonisten.
Quellen: American Gastroenterological Association, National Institute for Health and Clinical Excellence
Evidenzlevel: Randomisierte kontrollierte Studien und prospektive Kohortenstudien

Smarter Medicine Top 5-Liste, www.smartermedicine.ch, Stand: Mai 2014

Literatur

- 1 Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ*. 2013;347:f4247.
- 2 Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502.
- 3 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Nachhaltige Medizin. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. 2012;1–32.
- 4 Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern: Bundesamt für Gesundheit. 2013.
- 5 Choosing Wisely. 2013. unter <http://www.choosingwisely.org/>.
- 6 NICE 'do not do' Empfehlungen. 2013. unter <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/>.
- 7 Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *The Medical journal of Australia*. 2012;197:556–60.
- 8 Altwegg D, et al. Gesundheitsstatistik 2012. Neuenburg: Bundesamt für Statistik. 2012.
- 9 Mafi JN, McCarthy EP, Davis RB, Landon BE. Worsening trends in the management and treatment of back pain. *JAMA Intern Med*. 2013;173:1573–81.
- 10 Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009;373:463–72.
- 11 Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;289:2810–8.
- 12 Roulet L, Vernaz N, Giostra E, Gasche Y, Desmeules J. [Adverse effects of proton pump inhibitors: should we worry about long-term exposure?]. *La Revue de medecine interne / fondee ... par la Societe nationale francaise de medecine interne*. 2012;33:439–45.
- 13 Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF, et al. American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2008;135:1392–413, 413 e1–5.

Korrespondenz:

Kevin Selby
PMU, Lausanne
[kevin.selby\[at\]hospvd.ch](mailto:kevin.selby[at]hospvd.ch)

Abbildung 2

Aus dem Delphi-Prozess hervorgegangene Empfehlungen – mehr Informationen auf www.smartermedicine.ch